

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1558/2017

ATAS/643/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 juillet 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

CSS ASSURANCE SA, Droit & compliance sise Tribschenstrasse  
21, LUZERN

demanderesse

contre

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN

défenderesse

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY, Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'épouse ou la défenderesse), née le \_\_\_\_\_ 1978, mariée à Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le mari), domiciliée à Genève, est assurée pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS), selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), auprès de CSS assurance-maladie SA Elle a en outre conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation myFlex auprès de la CSS assurance SA (ci-après : CSS ou la demanderesse), pour le risque maladie et accidents, variante « Économy variante 1 » selon laquelle la quote-part de l'hospitalisation en division commune n'est pas soumise à une participation aux coûts ; en division demi-privée la participation aux coûts est de 40 %, maximum de CHF 8'000.- par année civile ; en division privée, la participation aux coûts est de 70 %, maximum CHF 14'000.- par année civile (police N° \_\_\_\_\_). Cette police, conclue le 8 octobre 2014 est valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, avec prolongation tacite d'un an.
2. La police d'assurance mentionne que l'assurance complémentaire est soumise à la LCA et aux conditions générales (ci-après : CGA) ainsi qu'aux conditions complémentaires édition 01. 2009 (ci-après : CC).  
Elle mentionne en outre que le débiteur des primes est le mari.
3. La défenderesse a été hospitalisée du 17 au 22 novembre 2015 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), dans le service de gynécologie.
4. En date du 18 novembre 2015, une demande de garantie d'hospitalisation a été adressée par les HUG à la CSS, que cette dernière a accordée le 19 novembre.
5. La CSS intervenant en tiers payant, les HUG lui ont adressé une facture, datée du 3 janvier 2016, d'un montant total de CHF 23'251.27, dont la part à la charge de l'AOS représentait un montant de CHF 4'979.52, et la part à charge de l'assurance complémentaire LCA de CHF 18'271.75, selon le décompte adressé par la demanderesse à la défenderesse (soit pour elle à son mari en tant que payeur de primes) le 19 février 2016, lui réclamant le paiement d'une participation aux frais de CHF 7'308.70.
6. Par courrier recommandé du 9 mars 2016, l'assurée a accusé réception de cette demande de paiement. Elle était surprise d'avoir reçu cette facture pour un montant exorbitant de CHF 7'308.70. Elle pensait être prise en charge à 100 % par la CSS. Lorsqu'elle s'est renseignée auprès du service de facturation des HUG, ce dernier lui avait dit avoir « cru » qu'elle possédait une assurance en « semi-privé ». Or elle n'avait jamais prétendu être hospitalisée dans une chambre à un lit, pas plus que de bénéficier d'une chambre en semi-privé, ni se faire opérer par un chirurgien spécifique. Elle avait « bénéficié » d'une chambre avec une télévision qui ne fonctionnait pas, avec une autre patiente qui lui avait dit qu'elle « n'avait pas d'assurance semi-privée non plus ». Elle n'avait bénéficié d'aucune autre prestation complémentaire ni d'aucun traitement de faveur. Son gynécologue lui avait déjà proposé de l'opérer lui-même à la clinique Beau-Séjour ; mais sachant qu'elle

---

devrait alors payer 40 % du prix de l'opération, elle avait refusé à cause de cette participation trop coûteuse, car elle estimait n'en avoir pas les moyens. Elle avait dû renoncer à cette possibilité et attendre 14 mois pour effectuer l'opération aux HUG. Elle était navrée de ce malentendu et surtout qu'elle ne pouvait pas payer une telle somme ; elle attendait une solution de la part de l'assureur.

7. S'adressant directement au mari, la CSS a répondu à ce courrier par lettre du 21 mars 2016. Après analyse du dossier, la CSS constatait avoir répondu à la demande formulée par les HUG, conformément à la couverture d'assurance. Les notes d'honoraires avaient été facturées au tarif correspondant à cette classe et avaient été honorées par l'assureur, par le biais de l'assurance complémentaire myFlex. Selon la police d'assurance la participation aux frais se situe à hauteur de 40 % mais au maximum jusqu'à CHF 8'000.- (par année civile). Selon les explications de l'épouse, la demande d'admission dans cette classe procédait d'un malentendu. La CSS concluait que de son côté elle n'avait commis aucune erreur, le « quiproquo » ayant manifestement eu lieu entre l'établissement en question et l'assurée.
8. En date du 28 avril 2017, après une sommation restée vaine et l'ouverture d'une poursuite à l'encontre du mari de l'assurée, - lequel avait formé opposition au commandement de payer, au motif que le montant ne le concernait pas, s'agissant d'une dette de son épouse -, la CSS a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement. Elle conclut à la condamnation de la défenderesse au paiement de CHF 7'308.70 auxquels s'ajoutent des frais de CHF 15.- ainsi qu'un intérêt moratoire de 5 % dès le 13 juin 2016.
9. Par mémoire du 21 juin 2017, intitulé « recours contre la demande de paiement de la CSS Assurance du 2 mai 2017 » dans la cause « Monsieur Madame A\_\_\_\_\_ (recourante) contre CSS Assurance SA (intimée), » la défenderesse a répondu à la demande : elle a réitéré les explications contenues dans son courrier du 9 mars 2016 à la demanderesse et conclu comme suit :

« Préalablement :

De déclarer le recours recevable et l'admet dans le sens des considérants ;

Principalement :

- Prononcer l'annulation de la demande de la CSS en ce qu'elle est "contraire à la demande" ;
- Cela fait d'obliger l'OCAS (sic !) à réviser sa position car la recourante a tout fait pour prendre ses précautions et n'a pas les moyens d'accéder à la demande de la CSS ;
- Débouter la CSS de toutes autres ou contraires conclusions ;

Subsidièrement :

- Annuler la demande en paiement de la CSS ;
- Renvoyer le dossier à la CSS pour une nouvelle décision autorisant (la défenderesse) à bénéficier de mesures d'aide à caractère social qui se substituerait à la recourante pour payer la dette eue égard à son état de santé ;
- En tant que de besoin acheminer « le demandeur » (sic !) à faire la preuve par toutes voies de droit de la réalité des faits allégués dans la présente requête ;
- Lui réserver la preuve contraire des allégués de sa partie adverse. ».

L'écriture est signée : « P/ Mme A\_\_\_\_\_ (signature illisible) ».

10. Sur quoi, la chambre des assurances sociales a communiqué cette écriture à la demanderesse et convoqué les parties en audience de comparution personnelle, fixée au 9 octobre 2017.
11. A réception de la réponse de la défenderesse, la demanderesse a observé que les écritures de sa partie adverse avaient été signées par une tierce personne. Elle sollicitait la production d'une procuration, et à défaut, elle concluait à ce que la chambre de céans statue préjudiciellement sur la recevabilité de la réponse.
12. Par courrier du 13 juillet 2017, la chambre de céans a interpellé la défenderesse, en lui impartissant un délai pour indiquer à cette juridiction si un tiers avait signé cette écriture à sa place, et dans l'affirmative, lui faire parvenir une procuration en faveur de la personne ayant signé les écritures.
13. La défenderesse n'ayant pas réagi au courrier précédent, la chambre de céans lui a fixé un nouveau délai pour y donner suite.
14. Dans le délai imparti, la défenderesse a adressé à la chambre de céans, un exemplaire de ses écritures précédentes, rigoureusement identique quant à son contenu, au mémoire daté du 21 juin 2017, mais cette fois-ci signé à la main " A\_\_\_\_\_ ", avec un post-scriptum (PS) à l'encre rouge « Nous prions la Cour de céans de bien vouloir désigner un traducteur pour l'audience du 9 octobre 2017 ».

En annexe à cette écriture, la défenderesse a produit une attestation à qui de droit, datée « Genève, le 15 mars 2017 », ayant la teneur suivante :

« Je, soussigné, A\_\_\_\_\_, (*adresse*)... reconnais avoir donné mandat à mon ami Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, afin que celui-ci m'aide à rédiger des lettres et les poster pendant notre absence pour moi-même et ma famille.

Sachant que, Monsieur B\_\_\_\_\_ en tant qu'ami de Monsieur A\_\_\_\_\_ est autorisé à signer et envoyer la réponse aux lettres de l'assurance CSS de Madame A\_\_\_\_\_ et pour toute la famille.

Monsieur B\_\_\_\_\_, qui accepte ce mandat, a bien voulu se charger de répondre aux courriers précités à titre gracieux vu les problèmes de santé grave subie par Monsieur et Madame A\_\_\_\_\_ ces dernières années (Monsieur A\_\_\_\_\_ opéré pour cause de cancer).

La présente attestation a été établie en 2 exemplaires, à Genève, en date du quinze mars de l'an deux mille dix-sept, et ce, pour servir et valoir ce que de droit. (Signé par le mandant et le mandataire). ».

(Ndr. Les signatures apposées sur ce document n'ont aucune similitude avec la signature de l'écriture du 8 septembre 2017, ni avec la signature apposée dans le précédent exemplaire de la demande)

15. Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties à l'audience de comparution personnelle du 9 octobre 2017, en présence du mari de la défenderesse et d'une interprète assermentée en langue arabe :

La représentante de la CSS a déclaré : « S'agissant de notre pièce No. 5/2 soit la demande de garantie d'hospitalisation je ne peux pas vous dire si la "classe 2" se réfère à la division d'hospitalisation (chambre commune, semi-privée ou privée). En revanche, je souhaite déposer comme pièce complémentaire une formule de demande d'hospitalisation en division privée des HUG signée le 17 novembre 2015 par la défenderesse. S'agissant de la durée de la garantie de paiement que nous avons fournie, elle n'est à vrai dire pas limitée à la durée d'un jour comme

mentionné, dans la mesure où sous la rubrique remarques nous précisons qu'elle est donnée au maximum pour la durée du traitement hospitalier. Cette garantie est d'ailleurs donnée pour éviter que l'assurée ait besoin de déposer elle-même une garantie à ce moment-là. Nous n'avons pas informé formellement l'assurée de la délivrance de cette garantie de paiement, dans la mesure où il s'agit d'une démarche incombant à l'Hôpital. Je ne saurais pas vous dire précisément qui a établi la pièce No. 6, de l'assurance ou de l'Hôpital. Si c'était la CSS, elle a repris strictement les positions facturées par l'Hôpital. S'agissant du calcul et de la déduction de la part à charge de la LAMal (AOS), je pense que c'est l'Hôpital qui a dû la calculer d'office. En ce qui concerne l'acquittement de cette facture, je confirme que l'assurance a bien payé l'intégralité du montant de CHF 18'271.75. Si la Chambre de céans le souhaite, nous pourrions vous adresser le justificatif (de) ce paiement ainsi que l'exemplaire papier que nous aurions reçu de l'Hôpital ce qui dépend de chaque Hôpital, car les factures nous sont adressées par voie électronique. S'agissant de la clause 5.2 de nos conditions complémentaires, elle ne pose à mon sens pas problème dans le cas d'espèce, car en effet vu la pièce produite à l'audience de ce jour, l'assurée a manifestement choisi sous quel type d'hospitalisation elle voulait être admise à l'Hôpital. C'est d'ailleurs l'Hôpital qui doit la renseigner quant aux conditions financières de chaque type d'hospitalisation, ainsi que de la renseigner sur sa couverture d'assurance. Nous n'avons aucune trace au dossier de ce qu'indépendamment de ce que je viens d'expliquer l'assurée aurait pris contact avec nous avant le traitement. ».

La défenderesse a déclaré : « Vous me demandez si je reconnais ma signature dans le document versé par la CSS aujourd'hui. En effet, je reconnais avoir signé ce document par lequel je confirmais mon souhait d'être hospitalisée en division privée respectivement chambre à 2 lits. Je précise toutefois que cette pièce m'a été soumise par le chirurgien, accompagné de son infirmière, qui portait un dossier assez volumineux et dont il m'a expliqué qu'il s'agissait des détails relatifs à mon intervention chirurgicale elle-même. J'ai donc signé ce document car il m'a été soumis, mais je n'ai jamais demandé à être hospitalisée en privé ou semi-privé, respectivement dans une chambre à 2 lits. D'ailleurs je ne sais pas lire le français. Vous faites référence à mes explications dans mon courrier du 9 mars 2016 à l'assurance indiquant que lorsque je me suis renseignée à l'Hôpital, après coup, ils m'ont dit "avoir cru que je possédais une assurance en semi-privé". S'agissant de la pièce 8 de la demanderesse, même si celle-ci n'est pas signée, je confirme que c'est bien moi qui ai écrit cette lettre, du moins son contenu. En fait c'est Monsieur B\_\_\_\_\_ qui avait écrit cette lettre pour mon compte sur la base de mes explications. Lorsque je fais référence, dans mon courrier du 9 mars 2016, au fait que l'assurance était au courant de toutes mes analyses médicales ainsi que de toutes les consultations préparatoires à l'opération que j'avais subies, je faisais allusion au fait que pendant 2 ans j'ai souffert notamment de saignements réguliers, et j'ai pendant cette période toujours refusé de me faire opérer à la Clinique Générale Beaulieu, car précisément j'aurais dû prendre en charge le 40 % de

---

participation aux frais. Lorsque j'allais en revanche aux HUG, on me renvoyait chaque fois en me disant que ce n'était pas mon tour, raison pour laquelle j'ai dû attendre aussi longtemps pour être opérée. Ainsi, si j'ai été à l'Hôpital, au lieu de la Clinique, c'est précisément parce que j'estimais ne pas pouvoir payer les 40 % en semi-privé et je m'attendais alors à bénéficier de cette opération entièrement à charge de l'assurance obligatoire des soins, en chambre commune. L'époque à laquelle je fais allusion où mon gynécologue me proposait de m'opérer à la Générale Beaulieu date du mois de novembre 2014. Je produis à ce sujet différents courriers et attestations de mon gynécologue de novembre 2014 à février 2015. Je verse ces pièces à la procédure. Dans la mesure où vous devriez l'interpeller par écrit ou le citer comme témoin, je délie naturellement le docteur C\_\_\_\_\_, FMH gynécologie-obstétrique, de son secret médical. S'agissant de ma voisine de chambre lors de mon hospitalisation qui m'a indiqué qu'elle n'avait pas non plus d'assurance privée, je l'ai connue lors de mon hospitalisation. Il s'agit d'une tunisienne qui s'appelle D\_\_\_\_\_, domiciliée à Carouge. J'ai gardé des contacts avec elle, et c'est au moment où j'ai reçu la facture de la CSS que j'ai repris contact avec elle pour lui demander si elle avait reçu la même facture, car nous avons reçu les mêmes prestations de l'Hôpital. C'est là qu'elle m'a dit qu'elle n'avait pas d'assurance semi-privée. Elle est restée plus longtemps que moi à l'Hôpital car, elle avait subi une grosse opération. Je souhaiterais au besoin qu'elle soit entendue comme témoin. Je prends note que la Chambre des assurances décidera si elle souhaite l'entendre. Vous me soumettez le premier exemplaire de ce que nous avons appelé « recours » et dont vous m'expliquez qu'il ne s'agit pas d'un recours mais de ma réponse à la demande de la CSS. Vous me soumettez l'exemplaire du 21 juin 2017 et me demandez qui a signé. Je vous réponds que ce n'est ni moi ni mon mari (monsieur A\_\_\_\_\_ s'approche et confirme qu'il ne s'agit pas de sa signature). Il s'agit probablement de la signature de Monsieur B\_\_\_\_\_. Quant à la signature respectivement l'inscription «A\_\_\_\_\_ » en manuscrit figurant à la dernière page de mes écritures (identique aux premières) datée du 8 septembre 2017, c'est aussi Monsieur B\_\_\_\_\_ qui a signé. Je suis certaine que ce n'est pas moi. Vous me montrez la signature de M. B\_\_\_\_\_ sur le document qui était annexé à mes écritures du mois de septembre 2017, je n'ai pas de commentaire, mais je constate effectivement qu'il s'agit d'une autre signature. S'agissant de l'attestation "procuration", datée du 15 mars 2017, je ne me souviens pas si la date en question correspond à l'époque où elle a été faite. ».

M. A\_\_\_\_\_ a déclaré : « Je certifie que cette attestation a bien été établie le 15 mars 2017. ».

La défenderesse a repris : « Quoi qu'il en soit, je confirme expressément que nous avons demandé à M. B\_\_\_\_\_ de nous aider et lui avons donné le pouvoir de signer les documents à notre place. Je rappelle que comme cette attestation le mentionne, nous étions souvent absents de Genève à cette époque. En fait

---

M. B\_\_\_\_\_ ne s'occupait que de cette affaire et des impôts. Pour répondre à votre question, M. B\_\_\_\_\_ est comptable. Il a un bureau en Vieille Ville. ».

M. A\_\_\_\_\_ a encore précisé : « Pour répondre à votre question, je suis chauffeur de taxi. Je suis indépendant, mais je n'ai pas d'employés. Je gagne environ CHF 6'000.- à 7'000.- par mois. ».

16. Par courrier du 16 octobre 2017, la demanderesse a produit copie de l'ordre de paiement daté du 10 octobre 2017 pour la somme de CHF 18'271.75 en faveur des HUG. Elle a en outre indiqué que s'agissant de la facture des HUG (pièce 6 demanderesse) il s'agit de la facture électronique transmise par les HUG par le biais de la plate-forme Medidata sous format XLM.
17. Dans les mois qui ont suivi l'audience, les parties ont tenté une négociation amiable, sans succès.
18. Par courrier du 19 décembre 2017, la chambre de céans a informé les parties de ce que la cause était gardée à juger.
19. Par courrier spontané du 18 janvier 2018 à la chambre de céans, le mari de la défenderesse est revenu au procès-verbal d'audience du 9 octobre 2017 (Ndr. dont un exemplaire avait été remis à la défenderesse à l'issue de l'audience). Ni son épouse ni lui-même ne maîtrisant suffisamment le français, ils venaient de le faire traduire oralement par un ami, et relevaient ainsi plusieurs éléments inexacts. Au sujet des signatures, il indique ceci : « Mon épouse ne peut pas nier avoir signé les divers documents, et je crois qu'il y a eu confusion due au stress d'être devant un tribunal et peut-être des malentendus avec la traductrice "sont" (recte : dont) le dialecte est assez éloigné du nôtre. Car je suis moi-même témoin des signatures de son épouse (recte : mon). Lorsque j'avais besoin de rédiger une lettre je rencontrais Monsieur B\_\_\_\_\_ au café « E\_\_\_\_\_ » ou à son domicile. Je lui exprimais mes souhaits et il m'aidait à rédiger bénévolement le courrier en français selon mes souhaits. Je passais après quelques jours prendre les documents à envoyer. Je signais moi-même ou ma femme selon le cas. Ma femme m'a toujours signé chez nous en ma présence car elle n'a jamais rencontré M.B\_\_\_\_\_. Comme j'avais eu un cancer et que je n'étais pas sûr de m'en sortir, j'avais signé une procuration à Monsieur B\_\_\_\_\_ dans le cas où je ne pourrais plus le revoir. Mais nous n'avions pas eu à utiliser cette procuration car je me suis vite rétabli après mon opération. Monsieur B\_\_\_\_\_ n'a pas eu donc à signer quoi que ce soit. Il a d'ailleurs une signature très différente des nôtres. ».

Au sujet de la profession de M. B\_\_\_\_\_, il explique les circonstances dans lesquelles il l'avait rencontré, et confirme qu'il l'aidait de temps en temps à remplir sa déclaration d'impôts, mais il n'était pas comptable comme mentionné dans procès-verbal.

Au sujet de ses revenus, il a indiqué que le montant noté dans procès-verbal était exagéré. Il produisait copie de l'avis de taxation de l'administration fiscale (ci-après : AFC) pour l'année 2016, dont il ressort que l'AFC a retenu au titre de

l'activité indépendante du contribuable (selon les éléments du compte pertes et profits) un bénéfice net de CHF 13'613.-; et pour l'ensemble de la situation du couple, le revenu brut de CHF 35'173.- (incluant les subsides de l'assurance-maladie, allocations de logement et allocations familiales) revenu réduit à CHF 0.- après déductions des primes d'assurance-maladie, frais médicaux, charges de famille, et d'un montant de CHF 1'200.- à titre de « versements bénévoles ». Il produisait en outre une attestation de l'Hospice général, pour l'année 2016, selon laquelle ce service avait versé des prestations pour un montant total de CHF 18'574.75, (dont CHF 14'274.10 au bénéficiaire, CHF 3'561.60 versés par le service de l'assurance-maladie (SAM) à l'assurance-maladie et CHF 739.05 versés à des tiers), avec un solde de dette au 31 décembre 2016 de CHF 1'445.90.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne physique, le for est celui de son domicile (art. 10 al. 1 let. a CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, le ch. 41.2 des CGA de la CSS de l'assurance-maladie complémentaires selon la LCA - de la CSS éd. 01.2009 prévoit qu'en cas de contestations, une action peut être ouverte contre la CSS au lieu de domicile en Suisse de la personne assurée ou à Lucerne. Cette disposition ne déroge pas à l'art. 10 al. 1 lettre a CPC, susmentionné, s'agissant d'une action ouverte par l'assureur.

La défenderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

4. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

5. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue.

Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

6. Selon le ch. 5.2 (CC), avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privés ou privé) elle veut être soignée ou séjourner et elle paye la participation aux coûts annuels mentionnés dans la police conformément à la division choisie.

Le ch. 5.4 (CC) énumère les variantes de participation aux coûts : pour l'option "Economy variante 1" en fonction de la division : division commune, pas de participation aux coûts ; en division demi-privée la participation aux coûts est de 40 %, jusqu'à CHF 8'000.- par année civile; en division privée, la participation aux coûts est de 70 %, jusqu'à CHF 14'000.- par année civile.

D'après le ch.22 CGA, en cas de paiement direct de la CSS aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser les franchises et quotes-parts convenues dans les 30 jours à compter de la facturation de la CSS (22.1CGA). Si la personne assurée ne donne pas suite à son obligation de payer, c'est le chiffre 20 qui s'applique par analogie (22.2 CGA).

Selon le ch. 20 CGA, si la prime (par analogie, la participation) n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne assurée est sommée par écrit d'effectuer le paiement des arriérés dans les 14 jours suivant l'expédition de la sommation, conformément à l'art. 21 al. 1 LCA. La sommation doit rappeler les conséquences du retard. Si cette sommation demeure sans effet, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation (ch.20.1 CGA). À l'expiration du délai de sommation, la personne assurée doit s'acquitter d'un intérêt moratoire légal. Les frais de sommation sont supportés par la personne assurée (ch.20.2 CGA).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c).

8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

9. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la défenderesse a bien été hospitalisée aux HUG du 17 au 22 novembre 2015, pour y subir une intervention gynécologique.

Il est également établi, et non contesté, que la défenderesse est assurée auprès de la demanderesse pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, et en plus, dans le cadre d'une assurance-maladie complémentaire myFlex (LCA), en cas d'hospitalisation, pour le risque maladie et accidents, dans la variante « Economy », variante 1. Les conditions spécifiques de cette variante, sont non seulement décrites avec précision dans les CC faisant partie intégrante de la police d'assurance, mais elles sont encore expressément énumérées dans cette dernière, établie le 8 octobre 2014 et valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 mentionne en effet pour la variante choisie, soit la variante (Economy) et la quote-part selon la variante 1 : « Division commune : pas de participation ou coûts ; Division demi-privée : participation aux coûts 40 %, max. CHF 8'000.- p. année civile ; Division privée : participation aux coûts 70 %, max. CHF 14'000.- p. année civile ».

Il ressort également des pièces produites par la demanderesse qu'au moment de l'hospitalisation, les HUG ont adressé à la CSS une demande de garantie d'hospitalisation en classe 2 (demi-privée) établie le 18 novembre 2015, octroyée le lendemain, valable dès le 17 novembre 2015. En cours d'instruction, la demanderesse a produit complémentirement une fiche intitulée « information aux patients hospitalisés en chambre privée (régime non conventionné/soins somatiques aigus), signée par la défenderesse le 17 novembre 2015, et selon laquelle : « Le (la) soussigné (e) confirme son souhait d'être hospitalisé(e) en division privée et déclare avoir pris connaissance et accepter les tarifs pour l'hospitalisation des patients en chambre privée à un lit et en chambre privée à deux lits ainsi que le règlement pour l'admission et le séjour des malades en chambre privée à un lit et en chambre privée à deux lits. ». Ce document mentionne en outre le nom du « médecin ayant-droit » et les références de la personne ayant donné l'information au patient.

Il découle de ce qui précède que dès lors que la demanderesse avait donné sa garantie de prise en charge des prestations hospitalières, à réception de la facture des HUG représentant, pour la classe d'hospitalisation demie-privée (division semi-privée, 2<sup>e</sup> classe) un montant à charge de l'assurance complémentaire de CHF 18'271.75 (arrondi de CHF 18'271.74), la demanderesse, intervenant en tiers payant, a intégralement acquitté ce montant. Elle a dès lors déterminé le montant de la participation de l'assurée aux coûts des prestations hospitalières concernées, et lui a ainsi réclamé le montant de cette participation, soit CHF 7'308.70, correspondant en effet au 40 % contractuellement prévu de la facture concernée, ce montant s'inscrivant dans le montant maximum (CHF 8'000.-) de la participation de l'assurée aux coûts d'hospitalisation, par année, selon la variante choisie. La chambre des assurances sociales constate donc que le montant de la créance alléguée par la demanderesse a été établi par cette dernière, à satisfaction de droit.

- b. À réception de la facture de la CSS, l'assurée, sans contester le montant en tant que tel, a répondu à l'assurance qu'elle pensait que le montant total de

---

CHF 18'271.75 serait pris en charge à 100 % par l'assurance. Elle était dès lors surprise de recevoir une facture d'un montant exorbitant. Elle a alors allégué que lorsqu'elle avait voulu se renseigner auprès du service de facturation des HUG, ce service lui aurait indiqué « qu'il avait cru que je possédais une assurance en "semi-privé". ». Elle n'avait jamais prétendu un tel fait, ni demandé à bénéficier d'une chambre en semi-privé, ni de se faire opérer par un chirurgien spécifique. Elle avait bénéficié d'une chambre avec une télévision qui ne fonctionnait pas, avec une autre patiente, laquelle lui avait dit qu'elle n'avait pas d'assurance semi-privée « non plus ». Elle n'avait bénéficié d'aucune autre prestation complémentaire ni d'aucun traitement de faveur. Or, son gynécologue lui avait déjà proposé de l'opérer lui-même dans une clinique privée, et qu'elle devait alors payer 40 % du prix de l'opération, et elle avait refusé à cause de cette participation trop coûteuse, estimant qu'elle n'en avait pas les moyens. Elle concluait son courrier en disant être navrée de ce malentendu et surtout qu'elle ne pourrait pas payer une telle somme ; elle attendait une solution de la part de la CSS. La CSS, ayant répondu devoir persister dans sa position, dès lors qu'aucune erreur n'avait été commise de son côté, que si un « quiproquo » était survenu, c'était entre l'établissement hospitalier et l'assurée, elle ne pouvait dès lors que proposer un éventuel arrangement de paiement, si l'assurée le souhaitait. Sans réaction et après un rappel et une sommation, la CSS a entamé une poursuite contre le mari de l'assurée qui, bien que payeur de primes désigné contractuellement, a formé opposition au commandement de payer, au motif que cette dette ne le concernait pas lui mais son épouse.

c. Assignée en justice, la défenderesse a persisté dans son argumentation, reproduisant dans ses écritures de réponse quasiment mot pour mot les termes de son courrier du 9 mars 2016. Il y a dès lors lieu d'examiner si, comme elle le soutient, à tout le moins implicitement, elle pouvait de bonne foi partir de l'idée que l'intégralité des coûts de l'hospitalisation litigieuse et des prestations médicales y relatives seraient prises en charge par la CSS, sans aucune participation aux coûts de sa part. Ceci revient à déterminer si elle pouvait se prévaloir de bonne foi d'une assurance donnée dans ce sens par la CSS.

d. Lorsqu'elle prétend que, surprise à réception de la facture litigieuse, lui réclamant la participation aux coûts de la facture de l'hôpital, elle se serait renseignée auprès du service de la facturation des HUG qui lui aurait expliqué « avoir cru qu'elle possédait une assurance en semi-privé », rajoutant qu'elle n'avait jamais prétendu un tel fait, la défenderesse n'est pas crédible. Non seulement elle disposait bien d'une telle assurance complémentaire, de sorte que l'on conçoit mal qu'elle ait sérieusement tu (voire nié) l'existence d'une telle couverture en semi-privé. L'information aux patients hospitalisés en chambre privée, produite par la demanderesse à l'audience de comparution personnelle et signée par l'assurée, qui a expressément reconnu avoir signé ce document démontre à elle seule le contraire. Il en est d'ailleurs de même de son affirmation par laquelle elle allègue ne jamais avoir demandé de bénéficier d'une chambre en semi-privé. Elle a déclaré, lors de

son audition par la chambre de céans : « En effet, je reconnais avoir signé ce document par lequel je confirmais mon souhait d'être hospitalisée en division privée respectivement en chambre à deux lits. ». Certes elle a précisé, toutefois, que cette pièce lui aurait été soumise par le chirurgien, accompagné de son infirmière, qui lui aurait expliqué qu'il s'agissait des détails relatifs à son intervention chirurgicale elle-même, raison pour laquelle elle aurait signé ce document, mais elle n'avait pas demandé à être hospitalisée en privé ou semi-privé, rajoutant encore : « D'ailleurs je ne sais pas lire le français. ». La question de savoir si la défenderesse n'est véritablement pas capable de lire le français peut rester ouverte : en effet, à l'audience elle n'a pas hésité sur les documents lorsqu'elle a spontanément produit trois courriers de son gynécologue pour étayer ses réponses aux questions posées par la chambre de céans -; lorsque ce document lui a été soumis, sa réaction fut immédiate, - reconnaissant d'emblée, et confirmant, dans un premier temps, sans réserve, avoir signé ce document. Il est en revanche peu vraisemblable qu'elle l'ait fait sans demander la moindre explication sur le contenu du document avant de le signer. Il n'est pas vraisemblable non plus que le médecin et la personne qui a signé le formulaire à côté de la mention « information donnée au patient par : » ne lui aient pas donné toutes les informations nécessaires, et lui aient au contraire, comme elle tente de le prétendre, indiqué qu'il s'agirait des détails relatifs à l'intervention chirurgicale elle-même. Les HUG ont l'habitude de recevoir et de traiter des patients ne parlant pas le français, parmi lesquels des arabophones. Du reste en alléguant que les HUG auraient « cru », - sous-entendu à tort -, qu'elle ne disposait pas d'une assurance en semi-privé, elle ne saurait être suivie : non seulement on ne lui aurait pas soumis et fait signer l'information aux patients hospitalisés en chambre privée, mais la demande de garantie pour ce type d'hospitalisation n'aurait pas été sollicitée, sinon aurait été refusée par l'assurance.

e. Lorsqu'elle allègue avoir été à l'hôpital au lieu de la clinique, précisément parce qu'elle estimait ne pas pouvoir payer les 40 % en semi-privé, et qu'elle s'attendait alors à bénéficier de cette opération entièrement à charge de l'AOS, en chambre commune, elle démontre par-là même qu'elle connaissait parfaitement ses conditions d'assurance. En revanche, lorsqu'elle allègue, dans son courrier du 9 mars 2016 (pièce 8 demanderesse), que son gynécologue lui avait déjà proposé de l'opérer lui-même à la Clinique Beau-Séjour et qu'elle avait refusé à cause de cette participation trop coûteuse, l'argument peut paraître plausible, mais il ne résiste pas non plus à l'examen, au vu des nombreuses contradictions de la défenderesse dans ses déclarations, en particulier dans ce contexte. Elle prétend en effet dans ses écritures avoir renoncé à être opérée par son propre gynécologue, et avoir ainsi dû attendre 14 mois pour effectuer l'opération aux HUG. Entendue en comparution personnelle, elle a alors prétendu avoir souffert notamment de saignements réguliers pendant 2 ans, avoir toujours refusé de se faire opérer à la clinique pendant cette période, précisément parce qu'elle aurait dû prendre en charge le 40 % de participation aux frais, ajoutant que lorsqu'elle allait en revanche aux HUG, on la renvoyait chaque fois en lui disant que ce n'était pas son tour, raison

pour laquelle elle avait dû attendre aussi longtemps pour être opérée. Mais lorsque la question lui est posée de savoir à quelle époque son gynécologue lui proposait de l'opérer à la clinique, elle indique qu'il s'agissait du mois de novembre 2014. Or, les courriers et attestations de son gynécologue (de novembre 2014 à février 2015 »), ne corroborent ni la chronologie ni la longue période pendant laquelle on lui aurait refusé l'accès à cette opération en chambre commune à l'hôpital. Dans son premier courrier (19 novembre 2014), le Dr C\_\_\_\_\_ adressait la patiente à la consultation et prise en charge par le service de gynécologie de l'hôpital : il avait vu la patiente, le 5 novembre 2014, pour une première consultation et pour un deuxième avis ; une hystérocopie diagnostique (ndr : examen qui se déroule dans un local de consultation et pas dans un bloc opératoire, ceci sans prémédication ou préparation particulière) lui semblait indiquée, mais la patiente souhaitait une anesthésie générale. Dans son deuxième courrier (4 décembre 2014), il explique qu'à la suite d'une seconde consultation, le 25 novembre 2014, le diagnostic ayant changé entre-temps, il avait instauré un traitement médicamenteux. Enfin, le 16 février 2015, après une consultation gynécologique du 4 février, il écrivait au service de gynécologie des HUG pour prise en charge de la patiente pour une très probable adénomyose symptomatique et douleurs mal systématisées abdominales ; il précisait que la patiente était fortement demandeuse d'un geste chirurgical, et qu'elle s'adresserait à leur consultation afin de réévaluer la situation et de lui proposer un traitement adéquat.

f. Les autres arguments développés par la défenderesse ou par son mari ne lui sont au demeurant d'aucun secours:

- les explications données par la défenderesse au sujet de ses échanges avec la personne qui était sa voisine de chambre pendant le séjour hospitalier litigieux ont varié : dans son courrier du 9 mars 2016, elle explique que la personne qui occupait la même chambre qu'elle lui avait dit « qu'elle n'avait pas d'assurance semi-privée "non plus" » : on peine à comprendre pourquoi l'assurée, si elle était si convaincue que son hospitalisation n'émergeait pas à l'assurance semi-privée, mais en totalité à charge de l'AOS, aurait évoqué avec sa voisine de chambre la question de savoir si cette dernière disposait d'une assurance semi-privée. De surcroît, au moment de son hospitalisation, la question de la prise en charge par l'assurance, avec ou sans participation aux coûts n'avait pas (encore) soulevé le moindre problème. Dans son courrier, on a d'ailleurs l'impression qu'elle s'en prenait plus aux conditions de son séjour (la télévision ne fonctionnait pas, elle estimait ne pas avoir bénéficié de prestations supplémentaires aux patients hospitalisés en chambre commune) qu'à se plaindre d'une supposée erreur des HUG lors de son admission. En revanche, lors de son audition par la chambre de céans, l'explication était différente : elle avait gardé contact avec sa voisine de chambre, après leur sortie respective de l'hôpital, et ce n'était qu'au moment où elle avait reçu la facture litigieuse de la CSS qu'elle avait repris contact avec elle pour lui demander si elle avait reçu la

même facture ; et c'est là que cette ancienne voisine de chambre lui aurait dit n'avoir pas d'assurance semi-privée.

Quoi qu'il en soit, la chambre de céans estime inutile d'entendre ce témoin, car son audition ne changerait rien à l'issue du litige. En effet, son audition n'apporterait aucun éclairage sur les circonstances de l'admission de la défenderesse à l'hôpital et sur la question de savoir si la défenderesse avait ou non reçu une assurance de la part de la demanderesse de ce que son hospitalisation serait totalement prise en charge sans participation aux coûts.

- le courrier du mari du 18 janvier 2018 n'est pas davantage pertinent et ne saurait être suivi: alors que ni lui ni son épouse n'avaient fait le moindre commentaire ni émis la moindre réserve par rapport à d'éventuelles difficultés de compréhension avec l'interprète, lors de l'audience de comparution personnelle des parties, il s'est adressé à la chambre de céans, le 18 janvier 2018 (plus de trois mois après l'audience), par courrier spontané par lequel il remet en cause de nombreux points du procès-verbal d'audience. Sous prétexte de leur mauvaise maîtrise du français, lui et son épouse venaient de se faire traduire oralement le procès-verbal de comparution personnelle du 9 octobre 2017, par un ami (sans le nommer). On observera à ce sujet que tout porte à croire que l'« ami » était précisément M. B\_\_\_\_\_, du même coup rédacteur de ce courrier. On y lit nombre de remarques, sans rapport direct avec les faits de la cause, qui n'apparaissent destinées qu'à affranchir ce dernier de tout reproche.

De plus, mettant en cause les HUG, dans le cadre de ses propres relations avec son assureur-maladie, elle s'est apparemment bien gardée de s'en prendre directement à eux, pour se plaindre d'une attitude ou d'erreurs qui lui auraient été préjudiciables. En tout état elle n'a rapporté aucun élément ou indice de ce qu'elle aurait effectivement entrepris des démarches dans ce sens auprès des HUG.

De toute manière les griefs qu'elle pourrait faire valoir, si elle s'y croyait fondée, à l'encontre des HUG ne sauraient être opposables à la demanderesse qui, en l'espèce, a agi conformément aux dispositions contractuelles régissant la police d'assurance concernée, se fiant de bonne foi à la demande de garantie présentée par l'hôpital, acquittant ensuite la facture reçue des HUG conformément aux usages, en calculant correctement le montant de la participation aux coûts, adressée à l'intéressée, respectivement à son mari en qualité de payeur des primes et participations, en conformité aux dispositions contractuelles ;

- on peut également s'étonner que la défenderesse, - dont l'argumentation montre qu'elle était très au fait des conditions de sa police d'assurance semi-privée, expliquant les raisons pour lesquelles elle aurait refusé de se faire opérer en clinique privée, choisissant de le faire à l'hôpital, pour éviter d'avoir à payer une participation au coût de 40 % -, n'ait pas pris l'initiative de contacter son assurance-maladie avant son entrée aux HUG, conformément aux ch. 2.2 et 5.2

(CC), lui rappelant qu'avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privée ou privée) elle entend se faire soigner ou séjourner et paye pour cela, en fonction de la division choisie, la participation aux coûts annuels mentionnée dans la police. Une telle démarche paraissait d'autant plus opportune qu'au vu des documents produits en procédure, aucune circonstance particulière, notamment d'urgence, n'a pu interférer par rapport aux démarches, entreprises ou non par la défenderesse, dans le cadre de cette hospitalisation et de l'intervention qu'elle a subie aux HUG.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à des actes d'instruction complémentaires, notamment pas l'audition du gynécologue, voire des services financiers des HUG, respectivement des personnes ayant procédé à son admission. En effet, de tels actes d'instruction complémentaire ne changeraient rien à l'issue du litige, et ne permettraient pas de répondre à la question de savoir si la défenderesse aurait reçu de la demanderesse l'assurance qu'elle n'aurait aucune participation aux coûts à assumer dans le cadre de l'hospitalisation litigieuse. Du reste elle ne l'a même pas allégué.

Ainsi, selon la jurisprudence rappelée précédemment au sujet des principes régissant le fardeau de la preuve, la défenderesse doit supporter le fait de ne pas avoir pu apporter la preuve, ni démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales, des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale.

10. Enfin, la demanderesse conclut au paiement de la somme de CHF 15.- de frais, d'intérêts à 5 % dès le 13 juin 2016.

La LCA, qui régit les relations entre les parties, prévoit que la créance résultant du contrat d'assurance est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA).

La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102ss CO. Selon l'art. 102 CO, le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1) ; lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). L'intérêt moratoire de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102, consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23, consid. 7 p. 33 ; THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO). Une facture ne vaut interpellation que si elle indique au débiteur que le

créancier attend le paiement immédiatement. L'indication d'un délai de paiement est une interpellation à terme (THEVENOZ, op. cit., n. 24 ad art. 102 CO).

En l'espèce, tant le montant des frais de sommation de CHF 15.- que les intérêts moratoires de 5 % l'an dès le 13 juin 2016 (échéance du délai de grâce fixé dans la sommation du 14 mai 2016) réclamés par la demanderesse sont dus, conformément aux dispositions qui précèdent et aux ch. 20 et 22 CGA, rappelés ci-dessus.

11. Entièrement fondée, la demande doit être admise et la défenderesse sera ainsi condamnée au paiement de la somme de CHF 7'308.70 plus intérêts à 5 % l'an dès le 13 juin 2016, ainsi et qu'à la somme de CHF 15.- de frais de sommation.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. Condamne Madame A\_\_\_\_\_ à payer à CSS assurance SA la somme de CHF 7'308.70 plus intérêts à 5 % l'an dès le 13 juin 2016.
3. Condamne Madame A\_\_\_\_\_ à payer à CSS assurance SA la somme de CHF 15.- à titre de frais de sommation.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le